

# COMIENZA LA CONTRARREFORMA SANITARIA

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública,  
Portavoz de la International Association of Health Policy

---

## ABSTRACT

■ *El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, evidencia la voluntad de acabar con el sistema sanitario universal, como derecho básico de la ciudadanía, favoreciendo un modelo de aseguramiento, lo cual perjudica a las personas con menos recursos. En segundo lugar, se muestra cierta actitud xenófoba al dejar fuera de la atención sanitaria a los inmigrantes no regularizados. Asimismo, el establecimiento del sistema de copagos supone una medida extremadamente agresiva para los pensionistas y enfermos crónicos. En contraste, las actuaciones sobre la industria farmacéutica son testimoniales.*

*Palabras clave: Sistema sanitario universal, aseguramiento, copago, pensionistas, enfermos crónicos, inmigrantes.*

■ *Estatuko Osasun Sistemaren sostengarritasuna eta berak eskaintzen dituen prestazioen kalitatea eta seguritatea bermatzeko premiazko neurriak jasotzen dituen apirilaren 20ko, 16/2012 Errege Dekretu-legeak, agerian jartzen du gizakiaren oinarrizko eskubidea den osasun sistema unibertsalarekin amaitzeko borondatea, segurtatze ereduaren alde egiten baitu, horrekin baliabide gutxien dituzten pertsonen aurka joaz. Bigarrenik, nolabaiteko jarrera xenofoboa azaltzen da, osasun sistematik kanpo gelditzen baitira egoera irregularrean dauden atzerritarrak. Era berean, kopagoa ezartzen duen sistemak larriki erasotzen die pentsionistei eta gaixo kronikoei. Horren aurrean, farmazia-industriaren gaineko jarduerak erabat itxurazkoak dira.*

*Hitz gakoak: osasun sistema unibertsala, segurtatzea, kopagoa, pentsionistak, gaixo kronikoak, atzerritarrak.*

■ *The 16/2012 Real decree of the 20<sup>th</sup> April 2013 on «urgent measures to guarantee the sustainability of the National Health System and to improve the quality and safety of its provisions», shows the wish to end with the universal health-care system as a basic right of the people, in favour of a model of health assurance which would be detrimental for the people with fewer resources. Secondly, it shows a certain xenophobic attitude by leaving out of the health-care service the illegal immigrants. Also, the setting up of the co-payment system will be an extremely aggressive measure for pensioners and chronic patients. By contrast, the proceedings over the pharmaceutical industry are testimonial.*

*Key words: Universal Health-care System, Assurance, Co-payment, Pensioners, Chronic Patients, Immigrants.*

---

El «*Real Decreto-ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*», supone cambios fundamentales en el sistema sanitario público, que inician una verdadera contrarreforma sanitaria. El RDL además utiliza el estilo habitual en las leyes de acompañamiento y reúne una gran cantidad de medidas de ámbito y características muy distintas que poco o nada tienen que ver con el supuesto objeto de la norma, por eso se precisa de un análisis detallado de cada una de ellas como se intentará hacer a continuación.

Un hecho llamativo es que pocos días después, el 16 de mayo, se produce una serie de rectificaciones en el BOE, nada menos que 5 páginas, que evidencia el alto grado de improvisación con que se aprobó el RDL.

El Capítulo I «*De la asistencia sanitaria*» consta de un único artículo y tres apartados cuya principal novedad es que vincula el derecho a la atención sanitaria con el aseguramiento y en ningún caso se señala que este aseguramiento tiene que ser a la Seguridad Social, y que se excluye de la atención sanitaria gratuita a quienes no ostenten esta condición. También se señala el control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre el reconocimiento de las condiciones para el aseguramiento, la responsabilidad de las administraciones sanitarias para expedir la tarjeta sanitaria individual (TSI) y la limitación del derecho de los extranjeros no regularizados a la atención sanitaria en urgencias, en los embarazos y a los menores de 18 años.

Las disposiciones adicional primera y final quinta establecen las condiciones para el pago de la atención sanitaria de los españoles residentes en otros países (en algunos casos) y de los extranjeros miembros de la Unión Europea o de otros estados parte del acuerdo sobre el espacio económico europeo, que en lo fundamental refuerza los mecanismos de cobro por la asistencia prestada, pero que en lo esencial ya existían.

Este bloque establece algunas cuestiones especialmente preocupantes:

- Primero vincula el derecho a la atención sanitaria al aseguramiento, en contradicción con lo aprobado en la reciente Ley General de Salud Pública (2011), y abre una cierta indeterminación sobre la presencia de un aseguramiento distinto al régimen general de la Seguridad Social, lo que supondría no solo un grave retroceso en el modelo sanitario actual

(vuelve a la etapa anterior a la Ley General de Sanidad de 1986) sino la posibilidad de que se abran modelos de seguros diferenciados para grupos distintos de población (en relación a su nivel económico) lo que deterioraría inevitablemente el sistema sanitario público

- En segundo lugar deja fuera a los inmigrantes no regularizados y les impone condiciones más rígidas para tener acceso a las TSI, manteniendo hasta el 31/8/2012 las TSI actuales. Se trata de una medida profundamente regresiva desde el punto de vista humanitario, de salud pública (aumenta el riesgo de focos de enfermedades infectocontagiosas) y sanitario (dejar a las urgencias como el único circuito de atención sanitaria a estas personas favorecerá un aumento de la presión asistencial en las mismas). Por otro lado conviene recordar que el gasto sanitario de los inmigrantes es bajo y que la crisis económica se esta encargando de disminuir este grupo de población.
- Por fin una cuestión a reseñar es que obliga a las administraciones sanitarias a la expedición de la TSI y no lo vincula a aportación económica por los usuarios, lo que podría ilegalizar la práctica de algunas CCAA de intentar cobrar por la misma.
- En cuanto al tan propagado «turismo sanitario» las modificaciones que se hacen son mínimas porque, como es bien conocido, el problema sobre todo es la ineptitud de las administraciones para registrar y facturar la atención prestada.

El Capítulo II, «*De la cartera común de servicios del SNS*», consta de un artículo y seis apartados que como novedad separan la cartera de servicios del SNS en 3 modalidades (básica, suplementaria y accesoria). La básica se identifica como gratuita en el momento del uso y las otras dos se establece que seguirán las normas que se establecen para el copago farmacéutico, sin que en este caso medien los límites en la cuantía a aportar por los ciudadanos (pensionistas o activos, crónicos o con patologías agudas). Queda en manos del Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial (CI), el fijar mediante una Orden tanto lo que incluye la cartera básica como las modalidades de copagos en la accesoria y suplementaria, dándole un plazo de 6 meses para la fijación del importe de los copagos (adicional segunda). A pesar de lo que se ha publicitado por el Ministerio y el Gobierno se sigue manteniendo la posibilidad de que las CCAA tengan una cartera de servicios complementaria diferenciada con el único condicionante de que tienen que ser financiada con fondos propios (2.Cinco).

Otra vez se plantean cuestiones muy importantes:

- Uno: La cartera de servicios vuelve a modificarse introduciendo copagos en la accesoria y complementaria, en principio, salvo en medicamentos, sin límites de cantidad, lo que vuelve a penalizar a los enfermos crónicos y a las rentas mas bajas, suponiendo limitaciones muy serias en cuestio-

nes como el transporte sanitario, que es imprescindible para muchos tratamientos (diálisis, oncológicos, etc.), y que va a suponer una traba insalvable al acceso a estos tratamientos para muchas personas.

- Dos, la cartera básica (en principio gratuita) va a ser modificada, lo que dadas las circunstancias será muy probablemente a la baja y abre unas perspectivas muy preocupantes para la salud.
- Pese a las demagógicas intervenciones desde el Ministerio y el Gobierno, las CCAA siguen manteniendo la posibilidad de establecer carteras de servicios diferentes en sus territorios en los mismos términos que lo que ya existía.

El Capítulo III, «*Medidas de cohesión y de garantía financiera del SNS*», consta de un artículo que establece el Fondo de Garantía Asistencial, *con carácter extrapresupuestario*, que en teoría se dedicará a compensar los gastos producidos en cada comunidad autónoma por personas residentes en otras distintas.

La idea es positiva y ha sido reclamada por la FADSP hace tiempo. No obstante, su *carácter extrapresupuestario*, parece indicar que va a carecer de fondos, lo que le restará efectividad.

El Capítulo IV, «*Medidas sobre la prestación farmacéutica*», es especialmente amplio y consta de 4 artículos, el primero dividido en dieciocho apartados, el segundo en dos y el tercero y cuarto sin apartados.

El primero, que se presenta como modificación de la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medios, parece estructurado para esconder lo más relevante, pero en todo caso plantea:

- Prescripción por principio activo, lo que ya existía, pero de una forma que pervierte absolutamente su sentido. La prescripción por principio activo, aunque ayude a la contención de costes a corto plazo, es, sobre todo, una filosofía. Una filosofía por la que los profesionales trabajan con los nombres de la sustancia que representa el medicamento y no con el nombre que va ligado a un producto industrial, por la que ese nombre se incorpora a las recetas y paulatinamente a todos los documentos, las historias clínicas, los informes de alta. Es una estrategia que tiende al debilitamiento del impacto comercial de los laboratorios y a recuperar el carácter científico de un tratamiento. En la redacción actual se hace una concesión a Farmaindustria que siempre había pedido que, a igual coste al precio de referencia o precio menor se pudiera prescribir la marca, cediendo al ahorro económico pero anulando la potencia anti-comercial del concepto. La distinción entre tratamientos agudos y crónicos es un brindis al sol. ¿Quién delimita la diferencia? Además, la industria cada vez está menos interesada en tratamientos agudos (por ejemplo, de ahí la ausencia de investigación en antibióticos), y su repercusión en el con-

junto de la prestación es muy baja. La distinción entre la primera receta y las demás en los tratamientos crónicos no tiene sentido. Imaginamos que es un intento de nadar entre dos aguas, la de la prescripción por principio activo y la de Farmaindustria, accediendo a las peticiones de esta última pero intentado condicionar la primera receta en un supuesto totalmente erróneo de que la marca o el genérico dispensado en la farmacia en la primera receta es el que se va a mantener en las dispensaciones sucesivas. Igualmente la distinción entre la primera receta y sucesivas en la práctica real va a ser muy difícil, salvo en el supuesto de receta electrónica, aun lejano en muchas CCAA.

- *Usos fuera de indicación.* El punto Uno.-5 del artículo 4, como se ha dicho más arriba, retrotrae la normativa sobre usos fuera de indicación de medicamentos a un pasado que todos quisimos olvidar. El RD 1015/2009 de medicamentos en situaciones especiales, establece que los usos fuera de indicación son responsabilidad del médico y que bastaba el consentimiento informado del paciente y su anotación en la historia clínica. A su vez, establece que en los centros sanitarios, por ejemplo, hospitales, tendrían que estar de acuerdo con las recomendaciones emitidas, por ejemplo, por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica. En la práctica, el sistema estaba funcionando aceptablemente bien, puesto que los usos fuera de indicación de medicamentos hospitalarios con alto impacto económico están pasando el filtro de las comisiones de farmacia, y los usos en la prescripción ambulatoria, en general muy excepcionales, tenían un cauce regulado, pero fluido. Lo que se propone es volver a la burocracia de un registro que ya mostró en el pasado que es inoperante. Y hay que recordar que una cosa es un uso fuera de indicación y otra una mala prescripción de medicamentos.
- *Receta electrónica.* Es positiva la incorporación a la norma de la obligatoriedad para toda España de un sistema de receta electrónica interoperable con sistemas de apoyo a la prescripción. Sin embargo, cuando se detallan los componentes del sistema experto que deberá incorporar hay cosas esperpénticas o cuando menos incomprensibles.
- *Información de apoyo a la prescripción.* Está bien que la receta electrónica tenga un módulo de interacciones (ya existe en algunas CCAA como Andalucía), información económica y protocolos de tratamiento del propio servicio de salud (aunque de aplicación práctica difícil), mientras que decir que contendrá el Nomenclator es obvio puesto que si no, no puede funcionar. Más complejo será incluir protocolos de tratamiento de las sociedades científicas, ¿cuáles? ¿con qué criterio?, cuya única experiencia práctica conocida, la inclusión de los medicamentos recomendados por la Guía de la SEMFyC en los años 90 en Andalucía fue muy controvertida. No se entiende bien qué significa «correspondencia entre principios activos» lo cual parece que quiere hacer referencia a equivalentes terapéu-

ticos o principios activos que se pueden intercambiar, lo cual necesita de un trabajo de definición previo por organismos competentes, y no se entiende que se incorporen bases de datos de ensayos clínicos. La prescripción electrónica de toda la población no es el medio de reclutar pacientes para un ensayo como cualquiera puede comprender. Igualmente no es el vehículo para la formación e información sobre medicamentos. Sin embargo no se dice nada de módulos de ayuda a la prescripción relacionados con alergias, ajuste en insuficiencia renal o hepática o a otros parámetros clínicos, sistemas de alerta de duración o posología inadecuada, sistemas de alerta de contraindicaciones específicas del paciente y un largo etc. que se conoce ampliamente en la literatura científica.

- *Financiación selectiva.* Hay dos grandes aspectos, la propiamente llamada financiación selectiva de medicamentos nuevos que se basa en la modificación de los artículos 89 y 90 de la citada ley y que era demandada y esperada desde hace tiempo por muchos sectores sociales, y la sorprendentemente nueva propuesta de exclusión de la financiación de medicamentos actualmente financiados que se basa en la modificación del artículo 85 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento.
- *Financiación selectiva.* Se trata de la propuesta más positiva (¿la única?) del decreto. Nuestro país se incorpora tarde a esta iniciativa que otros países como Inglaterra lleva ejerciendo desde hace más de una década a través de la estructura del NICE. Se trata de que no todos los medicamentos que se registren se financien, o bien que se financien con condiciones, es decir, para unos pacientes determinados o bajo contratos de riesgo compartido. La posibilidad de una financiación selectiva de medicamentos ya estaba recogida en la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos, en el propio artículo 89 y otros, así como en los sucesivos Planes Estratégicos del Ministerio y también en el RD-ley 9/2011 de 19 de agosto de 2011 de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS, que describen el desarrollo de un sistema de financiación selectiva. Paralelamente, algunas Comunidades Autónomas han establecido normativa específica para la determinación de los criterios de selección de medicamentos de alto impacto clínico o económico, con objetivos, alcance normativo y organización del procedimiento bastante heterogéneos. Otro aspecto positivo es que no solo se afectan los medicamentos nuevos, recién comercializados, sino todos aquellos que amplíen indicaciones, o incluso de oficio por la AGEMED.
- *Exclusión de medicamentos actualmente financiados.* Esta propuesta encajaría mal con el concepto de desinversión o re-inversión que se propone desde ámbitos de la economía de la salud y desde nuestra propia asociación. La desinversión es un procedimiento, transparente, basado en la evidencia, realizado con participación de los implicados y suficientemente explicado a la población para dejar de financiar servicios, o en este

caso medicamentos que o bien carecen de efectividad demostrada, o bien su relación de coste efectividad es desfavorable comparado con alternativas terapéuticas o, si no las hay, comparado con estándares más o menos establecidos de coste-efectividad. Sobre desinversión en medicamentos hay numerosos ejemplos en Canadá, Australia, el Reino Unido e Italia. Lo que el RD-ley propone es un puro y simple recorte. Una transferencia de gasto público a gasto privado. En el artículo 4.tres hay, de nuevo, una mezcla de cosas diversas. Los ciudadanos tendrán que empezar a pagarse los medicamentos de su bolsillo en las siguientes situaciones:

- A) *Medicamentos para síntomas menores.* Es quizá el apartado más grave por su repercusión social. Es una estrategia que se ha realizado en España en dos ocasiones, una con gobierno de Felipe González y otra de José María Aznar. En aquel momento tenía un aspecto de racionalización de la oferta que ya no tiene. Hoy solo es una pura agresión a trabajadores y pensionistas por motivos económicos. Se trata de una estrategia en la que gana el déficit y la industria farmacéutica, puesto que al dejar de estar financiados, como el propio RD-Ley establece, los precios pasan a renegociarse al alza. Habrá que ver qué se considera medicamentos para síntomas menores, pero es de suponer que puedan entrar aquí medicamentos realmente útiles para el control de síntomas como antitérmicos, analgésicos, antihistamínicos, etc., que son de uso frecuente. El apartado que hace referencia a que pasarán al bolsillo del ciudadano aquellos que estén así considerados en el entorno europeo es preocupante. Este entorno es muy variado, pero es de esperar que se mire solo a los países con menos medicamentos de este tipo financiados, por ejemplo, aquellos donde el omeprazol no lo está. Además, se estipula que ningún medicamento que no necesite receta podrá ser financiado. Esto se repite en el artículo 4.cinco.2. Esto es muy grave. En la actualidad, medicamentos seguros para la automedicación, como por ejemplo el paracetamol o el ibuprofeno, tenían presentaciones comerciales que eran de venta y precio libre y presentaciones comerciales que se podían recetar. Hay que distinguir la automedicación de la necesidad de uno de estos medicamentos prescrita por un médico del Sistema Nacional de Salud. Si un paciente con cáncer que necesita interferón también necesita paracetamol.
- B) *Que el medicamento sea útil, seguro y de uso extenso.* Esta condición es muy peligrosa pues pueden entrar aquí innumerables medicamentos y precisamente la condición de uso extenso va a hacer que el número de pacientes afectados sea muy grande. Es inconcebible un grado de indefinición así en una norma legal. Más parece un cajón de sastre para tener manos libres para poder pasar al bolsillo de los pacientes cualquier medicamento.



- C) *Medicamentos con precios seleccionados*. Parecería lógico que, si como resultado de la subasta (ver mas arriba) un medicamento resulta seleccionado, los demás dejen de estar financiados. Sin embargo esto es una aberración legal.
- Dispensación del de menor precio y del genérico que también se estaba haciendo.
  - La limitación de las CCAA de su capacidad para «*establecer de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos y productos sanitarios*», dirigido evidentemente a Andalucía.
  - Criterios de coste-efectividad, impacto presupuestario y mecanismos de retorno para la inclusión de nuevos medicamentos en la financiación.
  - Fijación de precios que señala (Siete.90.6) que «*como regla general, el precio de financiación por el SNS será inferior al precio industrial del medicamento aplicado cuando sea dispensado fuera del SNS*».
  - Establecimiento de un sistema de precios seleccionados.
  - Revisión periódica de los copagos por ordenes del Ministerio de Sanidad.
  - Establecimiento del nuevo sistema de copago farmacéutico, que aparece casi escondido en el RDL (artículo 3, Trece), y establece 4 tramos de aportación (60% para rentas superiores a 100.000 €; 50% para rentas entre 18.000 y 100.000 €; 40% para rentas inferiores a 18.000 € y 10% para los pensionistas). A la vez a estos últimos se les ponen unos topes máximos mensuales (8 € para rentas menores de 18.000 €, 18 € para las situadas entre 18.000 y 100.000 € y 60 € para las superiores a esta cantidad). Los excesos pagados por encima de estos topes máximos (casi todos los casos) serán «*objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral*» (4. Trece.7).
  - Se establece la exigencia de la libre disposición para el Ministerio de los datos de consumo farmacéutico tanto de recetas como de centros sanitarios, y nada se dice sobre la publicidad de esta información.
  - Se modifican las aportaciones de los laboratorios de acuerdo con la valoración Profarma.
  - Se cambian los descuentos sobre ventas de las oficinas de farmacia.
  - Se obliga al establecimiento de servicios de farmacia en los centros sanitarios con cien o mas camas.
  - Se establecen sistemas de acreditación para la manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos.

En resumen:

- Se trata de una modificación legal que afecta a numerosos aspectos regulatorios del medicamento, hecha con precipitación, sin ninguna par-

ticipación de los agentes implicados y con una tan mala redacción que genera ambigüedad y en el futuro generará recursos y controversias importantes en su interpretación.

- Se modifican leyes que han tenido un debate social y parlamentario importante y a las que se llegó tras grandes consensos, empobreciendo su articulado. Por ejemplo, el punto Uno.-5 del artículo 4, en un párrafo ininteligible modifica completamente, le da la vuelta, al RD 1015/2009 de medicamentos en situaciones especiales, un decreto que se discutió ampliamente con las sociedades científicas y los profesionales y que tiene una redacción impecable en línea con directivas y usos europeos.
- Aunque la política farmacéutica es una competencia del Estado en su aspecto regulatorio y de establecimiento del marco general, las políticas de modulación de la prescripción, de gestión de compras y otras relacionadas son clara competencia de las CCAA, cuyos servicios de salud pagan las facturas y dan la prestación efectiva. El decreto es de un fuerte aroma centralista e incurre en intromisiones graves en las funciones de las CCAA que serán, seguro, fuente de litigios innecesarios en el Tribunal Constitucional por parte de las CCAA más identitarias o donde gobierne el partido socialista.
- Muchas de las propuestas tienen una posibilidad de ejecución práctica imposible o muy difícil, lo que da idea del desconocimiento de la realidad de los redactores finales del RD-Ley. Por otro lado, algunas partes tienen tal concreción y van encaminadas a cuestiones tan específicas que, éstas sí, parecen propuestas por alguien que conoce muy bien la realidad. Es decir, parece que en la elaboración inicial se ha partido de un batiburrillo de iniciativas, algunas fundadas y otras peregrinas, que ha ordenado (sic) y redactado finalmente alguien con escaso conocimiento del medio que pisa.
- Aunque la situación de crisis es grave no ha sobrevenido de repente. Un partido que esperaba ganar las elecciones con cierta seguridad y que ha tenido más de 100 días de gobierno no debe hacer una chapuza legislativa como la que nos encontramos en este decreto.

Se establece un incremento del copago, fundamentalmente sobre los pensionistas que se intenta disimular utilizando el aumento sobre las rentas muy altas (más 100.000 € declaran 253.000 activos, pero poner esta cifra en los pensionistas parece un chiste macabro). Se ponen también unos topes máximos mensuales que no son tales porque primero todos los pensionistas deberán pagar el 10% de los medicamentos y quizás 6 meses después les devolverán el dinero. ¿Cómo van a hacerlo los más de 4.500.000 pensionistas que cobran menos de 650 € mensuales? ¿Con que dinero comerán, pagaran la luz, etc. hasta que les lleguen las devoluciones? Y más aún, ¿cómo es posible que además se les haga copagar el transporte sanitario, la dietoterapia, etc. y que se les vayan a excluir prestaciones de la cartera básica y la financiación de más medicamentos?

Se establece una agresión terrible sobre este colectivo de personas que es además el que tiene mayores problemas de salud y que va a ver seriamente obstaculizado su acceso a una parte importante de las prestaciones del SNS, sobre todo, pero no solo, las farmacéuticas. Además se abre una brecha muy importante entre la población que vive en el área rural, a la que el copago en el transporte pondrá serios obstáculos para el acceso a la atención especializada, y los que viven en las ciudades, que tendrán menos problemas.

- Se opta por un sistema de tarjetas sanitarias y de recetas complejo (5 tipos de tarjetas y 7 de recetas) que aparte de costoso va complicar el funcionamiento de la asistencia sanitaria (Final séptima).
- Se establece un sistema obligatorio de información al Ministerio del gasto farmacéutico total que es positivo, pero de cuya publicidad nada se dice ¿Dónde está la transparencia?
- Se vuelven a incluir algunas medidas que ya existían (principio activo, información de apoyo, etc.).
- Hay algunas actuaciones sobre la industria y las oficinas de farmacia de carácter débil.
- Se obstaculiza la capacidad de las CCAA de tomar otras medidas de eficiencia en el control del gasto farmacéutico.

En resumen, se penaliza a los pensionistas, a los enfermos crónicos, a las personas con pocos recursos, a los discapacitados y a los habitantes de las zonas rurales, y no se aborda seriamente a los verdaderos responsables del gasto farmacéutico cuyos beneficios económicos se mantienen en lo esencial.

El Capítulo V aborda las «*Medidas en materia de recursos humanos*» y recoge 3 artículos, el primero con cuatro apartados, el segundo sin apartados y el tercero con siete. Trata de 3 temas muy distintos:

- La regulación de las Áreas de capacitación específica y su regulación (acreditación de centros, comités y diplomas).
- El registro de profesionales del SNS.
- Modificaciones del Estatuto Marco: modificación, creación y supresión de categorías, retribuciones en relación con la evaluación del desempeño, regulación de IT, integración de funcionarios y personal de cupo y zona y regulación fondos acción social.

Resumiendo: se trata de un apartado que poco o nada tiene que ver con el título del RDL, sobre todo el primer artículo. Además:

- No se comprende bien la necesidad de regular las áreas de capacitación específica sin hacerlo primero con la troncalidad de la formación de especialistas, lo que es sumamente contradictorio.

- El registro de profesionales está, en teoría, establecido desde 2003. Lo que hay que hacer es hacerlo de una vez, no seguir prometiendo que va a hacerse.
- Las retribuciones de acuerdo con la evaluación del desempeño pueden ser positivas si se aseguran criterios explícitos, ligados a la calidad de la atención sanitaria y no meramente cuantitativos, y controles y sistemas independientes de la evaluación, caso contrario, empeorara la calidad del sistema sanitario.

Algunas de las *Disposiciones Adicionales* se han comentado ya, pero merecen un comentario:

— Adicional cuarta: Medidas de eficiencia:

1. A pesar de las demagógicas intervenciones sobre la creación de una agencia de compras del SNS, todo se queda en que el CI «*fomentara*» la «*compra conjunta y centralizada*», es decir poco o nada concreto, una situación similar a la existente.
2. Plan de ahorro energético de los centros, para lo que las CCAA «adoptarán las medidas oportunas», otro brindis al sol.
3. Plazo de 6 meses para *adecuar los envases a las pautas y tiempos habituales de tratamiento*, abandonando cualquier intento de prescripción por tratamientos y no por envases comerciales, de manera que el despilfarro de medicamentos, una de las supuestas razones del RDL, seguirá más o menos igual.

De las «*Disposiciones Finales*» solo voy a referirme a:

- Final sexta, refuerza el papel de la ONT en el control de la donación y manejo de las células y tejidos humanos. Su contenido es positivo, pero tampoco se entiende su presencia en este RDL.
- Final séptima apartado tres: establece la incorporación en los informes de prescripción y terapéutica para los pacientes de los costes de los tratamientos, la llamada «*factura sombra*», por supuesto sin que nadie haya evaluado ni los costes de hacerlo ni sus supuestos beneficios.

## Consideraciones finales

Como se desprende del análisis detallado que se ha realizado del RDL, éste incluye un conjunto de medidas de características muy distintas que en muchos casos nada tienen que ver con el supuesto objeto del mismo. Por supuesto ninguna de sus medidas, ni de manera aislada ni en su conjunto, garantizan el su-

puesto ahorro de 7.000 millones € que ha sido su teórica causa, y ello es perfectamente congruente con la ausencia notoria de una memoria económica que solo se ha hecho a posteriori y que por otro lado, leído en detalle el RDL se mueve en el ámbito de la ciencia-ficción. Tampoco, y por razones aún más obvias, se incluye una Memoria sobre el impacto en salud a que obliga la Ley General de Salud Pública, y es de agradecer porque difícilmente podría circunscribirse a la realidad y ya hemos tenido demasiada propaganda en este asunto.

No obstante el RDL sí que avanza algunos aspectos muy relevantes que deben ser considerados y que retratan los objetivos de la política sanitaria del PP mas allá de las declaraciones entre el marketing y la demagogia.

El primero, es el acabar con el sistema sanitario universal como un derecho básico de la ciudadanía y apostar por un modelo de aseguramiento, un primer paso, todavía en el terreno declarativo, que puede avanzar hacia un sistema dual en que las personas con más recursos obtengan la atención de seguros privados (más o menos subvencionados con fondos públicos), dejando al resto de la población en manos de un sistema público descapitalizado y deteriorado, tipo beneficencia. Además, y de manera incongruente, se hace sin derogar ni la Ley General de Sanidad ni la Ley General de Salud Pública que establecen un modelo de universalización.

El segundo, es una actitud xenófoba que pretende dejar fuera de la atención sanitaria a un grupo socialmente muy desfavorecido como son los inmigrantes no regularizados, a pesar de que todas las evidencias señalan que se trata de un colectivo en franca disminución por la crisis, y cuya presión sobre el sistema asistencial es muy pequeña, y que por lo tanto producen un gasto muy reducido, y a los que se obliga a saturar más aún las ya saturadas urgencias.

El tercero, es que a pesar de las demagógicas intervenciones públicas sobre el supuesto impacto del «turismo sanitario» éste no ha sido acreditado mas allá de la falta de diligencia de las administraciones públicas para identificar y facturar adecuadamente la atención sanitaria prestada a ciudadanos extranjeros que no pertenecen al grupo anteriormente señalado.

El cuarto, es el establecimiento de un sistema de copagos extremadamente agresivo sobre los pensionistas y los enfermos crónicos a los que se va a penalizar extremadamente dificultándoles y en muchos casos impidiéndoles en la práctica el acceso a prestaciones sanitarias que son indispensables para su salud. A ello habrá que sumar el nuevo «medicamentazo» y la previsible retirada de prestaciones de la cartera básica. El impacto de estas medidas sobre la ciudadanía es difícil de evaluar todavía pero inevitablemente se concretará en un empeoramiento de la salud, aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

En contraste con la virulencia de estas medidas dirigidas a las personas más enfermas y con menos recursos, las actuaciones sobre la industria farmacéutica son testimoniales y de escaso impacto económico.

Otras medidas que se han vendido como soluciones a los problemas económicos del SNS, como la agencia de compras del conjunto del sistema sanitario público, se quedan en una mera recomendación sin mucha capacidad operativa. Además se complementa el RDL con una serie de cuestiones que nada tienen que ver con la sostenibilidad, la calidad y la seguridad de las prestaciones del sistema sanitario público.

Desde la FADSP propusimos en su momento una serie de medidas para la eficiencia y la racionalidad del SNS que en nada agredían a los derechos de los ciudadanos a una atención sanitaria de calidad y que conseguían un mayor ahorro económico que, por supuesto, no han sido consideradas porque suponían merma de los beneficios de las multinacionales (disponibles en <http://www.fadsp.org/pdf/Comparacion%20entre%20racionalidad%20y%20copago%20SNS.doc>).

En suma, se trata de una evidencia más de que este gobierno solo es valiente con los desprotegidos, con los enfermos y con los pobres y en cambio es cobarde con las grandes multinacionales.

Estamos en un momento crítico para el sistema sanitario público, porque en España la hoja de ruta es bien conocida y se pueden concretar en desregular los servicios sanitarios públicos favoreciendo pseudomercados y/o mercados internos, incentivar la presencia del sector privado dentro del Sistema Nacional de Salud (concesiones administrativas, PFI, etc.) aunque sea a costes exorbitantes, recortes de los presupuestos públicos para deteriorar la Sanidad Pública (conscientes de que uno de los principales obstáculos a la política privatizadora es el convencimiento generalizado de la población y de los profesionales que la calidad de la atención sanitaria es significativamente mejor en el sistema público), establecimiento de copagos, favorecer el aseguramiento privado (CiU no para de señalar como uno de sus objetivos la desgravación fiscal de las pólizas de seguros privados) y, en fin, segmentar la asistencia sanitaria con un sector privado que atienda a las clases altas y media-alta y el establecimiento de una nueva beneficencia para los sectores de asalariados con menor poder adquisitivo (recuérdese que mas del 60% de los asalariados cobra menos de 1000 euros/mes), parados y pensionistas. Es una responsabilidad de todos y todas el expresar activamente nuestro rechazo al desmantelamiento y deterioro intencionado de la Sanidad Pública porque es la única que puede asegurar una atención eficiente, de calidad y para toda la población, porque además, en momentos de crisis, su ausencia o debilitamiento puede tener efectos devastadores para la mayoría de la población.